

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 49

LES
TROUBLES VÉSICAUX
CHEZ LES FIBROMATEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Décembre 1933

PAR

Maurice-Émile-Valentin-Jean GOUDIN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à NICE (Alpes-Maritimes), le 20 septembre 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOIN, professeur.....	} Juges.
		PAPIN, professeur.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 49

LES
TROUBLES VÉSICAUX
CHEZ LES FIBROMATEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Décembre 1933

PAR

Maurice-Émile-Valentin-Jean GOUDIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à NICE (Alpes-Maritimes), le 20 septembre 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		PAPIN, professeur	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLÉ, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales ..	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique ..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Physique médicale	N.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie			
Ortinopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES (en congé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			N.
id.			GOURDON.
Clinique dentaire			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Cette thèse est dédiée en témoignage
de ma profonde affection et de mon
éternelle reconnaissance.

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRERE

A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A LA FAMILLE CHAPOT

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTE
DES TROUPES COLONIALES ET DE LA MARINE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des troupes coloniales,*

*Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,*

Officier de l'Instruction publique.

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie de Philadelphie,
de Bucarest et du Brésil,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il daigne agréer l'expression de notre sincère gratitude pour l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli; nous eûmes l'honneur de suivre son enseignement, ses conseils de haute compétence, nous en garderons toujours le fidèle souvenir. Il nous fait maintenant le grand honneur de présider notre thèse; nous sommes heureux de lui offrir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

LES

TROUBLES VÉSICAUX

CHEZ LES FIBROMATEUSES

INTRODUCTION

La vessie, a-t-on dit, est une grande bavarde qui parle à tort et à travers, et si elle se plaint pour ses propres maux elle le fait aussi pour le mal de ses voisins. La justesse de cette remarque n'a point échappé à de nombreux auteurs, et Barnes, en 1873, dans ses *Leçons sur les affections de la vessie dans leurs rapports avec les maladies utérines*, nous dit : « Lorsqu'un malade se plaint de souffrir dans un organe ou d'éprouver des troubles dans l'accomplissement des fonctions physiologiques de cet organe, il ne s'en suit nécessairement pas que celui-ci soit le siège réel de la maladie. Ce principe est particulièrement vrai pour la vessie de la femme, tellement vrai que dans la majorité des affections vésicales chez elle, c'est en dehors du réservoir urinaire qu'il faut chercher la cause. » Et plus loin : « L'étude clinique des symptômes rapportés à la vessie, chez la femme, est le plus souvent du domaine de la gynécologie.

Aussi, ne doit-on pas être surpris, lorsqu'on étudie la

symptomatologie des fibromes de l'utérus, de la fréquence et de l'importance des troubles vésicaux dans ce genre d'affection. Parfois ces troubles passent au premier plan, constituant la seule symptomatologie, et il n'est pas rare de voir des malades qui viennent consulter uniquement pour des troubles urinaires, sans aucun autre symptôme fonctionnel pouvant faire penser à l'existence d'un fibrome, que l'on découvre seulement au cours de l'examen de la malade.

Cependant, si l'on considère les rapports intimes qui existent entre l'utérus et la vessie, on peut facilement comprendre comment chez la femme les affections uro-génitales sont souvent solidaires et connexes.

Situés au fond de l'excavation pelvienne ces deux organes, l'un noble, l'utérus, l'autre, réservoir d'attente, la vessie, présentent des rapports tout à fait étroits, au point de vue anatomique. Placés sous la séreuse péritonéale, dans la même atmosphère celluleuse, ils sont irrigués en partie par les mêmes branches de l'hypogastrique, et circonstance plus importante encore, ils possèdent en commun de chaque côté du col utérin, un plexus veineux très riche, étudié par Gillette dès 1869. Nous l'étudierons pour expliquer le rôle de la congestion dans la production de ces troubles vésicaux. De même, le plexus hypogastrique leur apporte avec les troisième et quatrième paires sacrées, la même innervation.

En outre, la vessie, réservoir éminemment élastique, exerce une influence considérable sur la direction de l'utérus. Normalement, cet organe est en antéversion, son axe coïncidant sensiblement avec l'axe pelvien; mais sous l'influence de la distension vésicale, l'utérus se redresse peu à peu; il lui arrive même, au moment où la vessie est pleine, d'être dans le prolongement du vagin. Grâce à la mobilité de l'utérus, ces déplacements sont possibles; mais qu'un fibrome par sa masse consistante et dure vienne à gêner ce mouvement en arrière, la vessie viendra buter contre ce bloc fibreux.

Tout est donc disposé pour que les plus légères modifica-

tions qui se passent du côté de l'utérus, entraînent du côté de la vessie des modifications de même nature. Ces modifications n'étant à l'état pathologique que l'exagération de ce qu'elles sont à l'état physiologique.

En effet, physiologiquement, l'utérus a une certaine influence sur la vessie, au moment des périodes menstruelles, ou de l'état puerpéral dans ses premières phases. Cette influence détermine une réaction vésicale qui se traduit par une légère pollakiurie.

Nous comprenons donc facilement pourquoi chez la femme, tout abaissement, toute déviation des organes génitaux internes, toute néoplasie, toute phlegmasie aiguë ou chronique des organes génitaux internes ou externes, peuvent faire participer le réservoir vésical à leur état de souffrance.

Nous n'envisagerons dans cette étude que les troubles vésicaux qui surviennent au cours de l'évolution des fibromes utérins. Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle, en abordant un sujet qui a été l'occasion de multiples travaux, mais cependant nous croyons devoir insister sur l'importance de ces troubles vésicaux pour bien montrer qu'ils peuvent avoir une grande valeur séméiologique, surtout lorsqu'ils constituent les premières manifestations d'un fibrome de l'utérus. Toutefois, la malade peut se présenter dans trois conditions bien différentes :

1° Le fibrome est mis en évidence par ses principaux signes cliniques, son syndrome hémorragique, l'allongement de la cavité utérine et la présence d'une tumeur dure et bosselée. Si une telle malade présente de petits troubles vésicaux, il est facile de les rattacher à l'affection utérine.

2° Au contraire, elle ne peut présenter que des troubles vésicaux, qui attirent seuls l'attention — mais le toucher vaginal permet de reconnaître facilement la cause de ces troubles.

3° Dans ce dernier cas, les troubles vésicaux sont encore au premier plan — mais l'affection génitale est difficile à mettre en valeur; le toucher vaginal fournit peu de rensei-

gnements; ce sont des formes où il peut s'agir d'un petit fibrome enclavé, de diagnostic parfois très difficile, et c'est dans ces cas que l'examen cystoscopique peut fournir des renseignements utiles.

Quoi qu'il en soit, ces troubles vésicaux sont très variés et très variables dans leur importance et dans leur gravité. Nous trouverons tous les degrés et toutes les formes, certaines d'entre elles se combinant pour constituer ce que les auteurs anglais appellent la « Vessie irritable ».

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La pathogénie des troubles vésicaux au cours de l'évolution des fibromes utérins, est loin d'être unique. Cependant les diverses hypothèses qui ont été faites à ce sujet peuvent être groupées en trois catégories : mécaniques, nerveuses et congestives, en remarquant toutefois dès maintenant que souvent la pathogénie apparaît comme complexe et mixte.

I. — *Théories mécaniques.*

Les influences mécaniques sont de toutes les plus communes, les mieux étudiées. Toutes les tumeurs qui se développent dans l'excavation pelvienne, plutôt que dans la cavité abdominale, exercent sur la vessie et sur l'urètre des compressions fâcheuses. Compressions qui s'expliquent bien par les rapports étroits qui existent entre la partie postérieure de l'urètre et la partie inférieure de l'appareil génital, et surtout par le fait que l'uretère croise en se dirigeant vers la vessie, le col de l'utérus, au niveau de la base des ligaments larges. On comprend ainsi aisément combien cette situation rend facile le retentissement sur les voies urinaires, de toutes les tumeurs, et en particulier la compression de la vessie et des urètres par les fibromes de l'utérus. Et comme le dit Legueu, il faut savoir que les troubles urinaires sont plus fréquents au cours de l'évolution des fibromes, qu'au cours de celle des kystes de l'ovaire, car dans le premier cas

il s'agit de tumeurs solides, et dans le second de tumeurs malléables et fuyantes.

Nous étudierons d'abord le volume et le siège de la tumeur, ensuite les modifications uréthro-vésicales.

A. — Volume et siège de la tumeur.

Un élément qui *a priori* paraît devoir jouer un rôle prépondérant, c'est le volume de la tumeur. Or il n'en est rien. On voit, en effet, de très gros fibromes gêner à peine la miction, tandis que de toutes petites tumeurs qui, n'étaient leurs symptômes urinaires, passeraient inaperçues, entraînent les pires désordres. La compression est moins facile pour les grosses tumeurs lorsqu'elles dépassent les limites de la concavité pelvienne; ce sont alors tous les cas de fibromes à développement abdominal. Tandis que les tumeurs qui sont petites, à siège pelvien, et à l'étroit ont un retentissement plus important sur l'urètre, au niveau du col vésical, et sur les uretères au niveau de leur abouchement dans la vessie.

La notion du volume de la tumeur nous semble donc peu importante, elle passe au second plan, le siège de celle-ci occupant au contraire, le premier.

Les troubles vésicaux sont considérés dans presque tous les traités de gynécologie, comme étant en rapport avec la présence de fibromes du col, et en particulier de ceux occupant la face antérieure. Lejars a insisté sur les fibromes cervicaux à développement antérieur « qui naissent et croissent aux dépens de la paroi antérieure du col, derrière la vessie, dans l'espace rétro-pubien ». Pozzi, dans son traité de gynécologie a montré l'importance des fibromes sus-vaginaux du col à développement latéral. « Les troubles vésicaux, nous dit-il, s'observent dans les petits fibromes de la face antérieure de la matrice en arrière du pubis, en rapport immédiat avec le col de la vessie. » De même dans Faure et Siredey, nous lisons : « La pression des fibromes de la région anté-

rieure sur la vessie, gêne son expansion et provoque des mictions plus fréquentes accompagnées de dysurie et de ténésme. Parfois l'irritation que produit le contact, amène une contracture réflexe du sphincter vésical et de la rétention d'urine. »

Or les faits montrèrent que cette opinion était erronée. Pour l'établir Hartmann et Bonnet dépouillèrent 1.000 observations consécutives de fibromes, qu'ils avaient opérés, après avoir noté les troubles vésicaux observés, et précisé en même temps la situation exacte des fibromes. Ils purent alors conclure que les troubles vésicaux au cours de l'évolution des fibromes, s'observent surtout dans les fibromes du col, mais que contrairement à ce qu'on aurait pu supposer *a priori*, c'est surtout dans les fibromes de la face postérieure du col qu'on les observe, que de plus on les rencontre assez fréquemment dans les fibromes de la face postérieure du corps.

Ces faits concordent avec la plupart des observations que nous apportons.

Peut-on de ces constatations, tirer quelques déductions au point de vue de la pathogénie de ces troubles vésicaux? C'est ce que nous allons essayer de faire, en exposant les trois principales modifications uréthro-vésicales, particulièrement bien étudiées par Legueu.

B. — Modifications uréthro-vésicales.

Peu d'auteurs se sont particulièrement occupés de la situation de la vessie et de ses rapports avec la tumeur.

Lejars, cependant, et Haultain signalent l'ascension de la vessie, et dans des schémas clairs montrent la place qu'elle occupe au-dessus de la tumeur. Mais c'est avec Legueu que nous retiendrons les trois facteurs qui interviennent pour la plus grande part, dans la pathogénie des troubles vésicaux et surtout dans celle de la rétention d'urine, qui est, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, la plus importante

et la plus fréquente des complications urinaires au cours de l'évolution des fibromes de l'utérus.

Ces trois facteurs sont : la compression de l'urètre, l'étirement de l'urètre et l'étalement de la vessie.

1° *Compression de l'urètre ou du col vésical.* — Cette hypothèse est la première à laquelle s'arrête l'esprit. Les fibromes sont de merveilleux agents de compression : par leur voisinage tout proche, par le développement considérable qu'ils peuvent atteindre, et surtout par leur consistance dure et ferme. Cette compression s'exerce de deux façons. Si elle est produite par le fibrome lui-même, c'est alors une compression directe, et il peut s'agir de fibrome de la face antérieure du col ou de fibrome de la face antérieure du corps, bombant dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Si la compression est indirecte, elle est produite par l'intermédiaire du col utérin, surtout si ce dernier, plus ou moins bas situé, est repoussé en avant et se trouve plaqué contre la symphyse. Ce mode de compression est l'apanage de toutes les masses postérieures : fibromes de la face postérieure, du col ou du corps, et fibromes pédiculés.

2° *Étirement de l'urètre.* — L'étirement de l'urètre peut se produire selon plusieurs procédés. Il arrive qu'un fibrome volumineux quitte le bassin pour prendre un développement abdominal; il peut alors attirer l'utérus en haut, et, par l'intermédiaire de la zone adhérente à la vessie et au col vésical, déterminer l'étirement de l'urètre. La preuve nous la trouvons dans la disposition du méat qui remonte, se place sur la paroi antérieure du vagin au lieu de rester à la vulve, et rend d'ailleurs impossible le cathétérisme et toutes les explorations sur la vessie. Cette traction sur l'urètre en deux sens opposés, entre la vessie attirée en haut et le méat qui s'élève mais ne s'élève pas assez pour suivre le mouvement de la vessie, ne va pas sans un effacement de son calibre, d'où résulte nécessairement une moindre perméabilité, cause de dysurie d'abord, de rétention ensuite.

Le refoulement en masse de l'utérus, en haut et en avant,

par un fibrome de la face postérieure du col ou du corps, réalise également cet allongement de l'urètre. Le col utérin est porté en haut et en avant au-dessus de la symphyse, tandis que le cul-de-sac vaginal postérieur est rempli par la masse du fibrome.

Enfin, l'étirement de l'urètre peut être secondaire à un mécanisme analogue à celui qui se produit dans les rétroversions d'utérus gravide. La bascule de l'utérus reporte le col au-dessus du pubis. Ce déplacement du col détermine l'ascension du col vésical, il s'en suit alors un fort étirement de l'urètre. Larroyenne a montré qu'il suffisait de repousser légèrement du doigt la masse qui proémine dans le cul-de-sac postérieur pour permettre l'évacuation spontanée, au moins partielle, de la vessie distendue.

3° *Étalement de la vessie.* — L'étalement de la vessie joue également un rôle important dans la pathogénie des troubles vésicaux. Il peut se produire des adhérences entre le réservoir urinaire et la tumeur, et par le fait du développement graduel de cette tumeur, la vessie finit par ne plus être qu'une cavité virtuelle, étalée à la surface du fibrome, faisant corps avec lui. Dans ces conditions, la vessie ne peut plus revenir sur elle-même. Legueu a insisté sur ce fait : « Et dans ces conditions, dit-il, la vessie ne peut plus se contracter que par celles de ses parois qui sont libres, mais celles-ci ne peuvent plus faire que la vessie revienne sur elle-même. » De même dans une observation de Papin, la vessie remontait presque jusqu'à l'ombilic, et à l'examen cystoscopique on constatait que les parois n'étaient séparées que par une mince lame de liquide.

Ces théories mécaniques expliquent-elles tous les cas ? Elles en sont loin. Comme nous l'avons dit plus haut, les troubles vésicaux ne sont pas uniquement en rapport avec le volume du fibrome, ou des modifications anatomiques, puisqu'on peut avoir des troubles vésicaux sans dispositions anatomiques particulières.

II. — *Théories nerveuses.*

Elles insistent surtout sur la compression des nerfs moteurs de la vessie, entraînant leur paralysie. C'est l'hypothèse que Ch. Reed en 1904 avait soutenue pour expliquer la rétention d'urine dans un cas d'utérus gravide rétrofléchi. A son avis, elle jouait le rôle le plus important. Mais Trillat, trois ans plus tard, attaquant cette hypothèse, fit remarquer justement que les contractions intermittentes de la vessie, et la pression de l'urine qui est contenue peuvent facilement être mises en évidence. D'ailleurs, tant qu'elle ne s'est pas laissée distendre, la vessie se contracte énergiquement, déterminant des douleurs que certaines femmes comparent aux douleurs de l'accouchement.

Cette théorie est donc à rejeter, car il n'y a pas paralysie, comme le prouve l'existence de contractions vésicales douloureuses.

Il faut cependant retenir le spasme : « parfois l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contracture réflexe du sphincter vésical. Cette contracture spasmodique, chez quelques malades, se reproduit périodiquement au moment de la congestion cataméniale provoquant de l'hyperémie pelvienne » (J.-L. Faure).

III. — *Théorie congestive.*

Bien plus intéressant nous paraît le rôle joué par la congestion pelvienne. Le retentissement des troubles génitaux sur l'appareil urinaire est un fait bien connu et il est de notion courante que des femmes, vierges de toute affection vésicale, souffrent dans leur vessie au moment de leurs époques cataméniales et présentent des mictions plus fréquentes. D'ailleurs ces phénomènes vésicaux sont souvent les signes précurseurs qui indiquent l'approche de la période menstruelle.

Cette solidarité physiologique entre les organes génito-urinaires, se retrouve toute entière augmentée, exagérée même, à l'état pathologique.. Le fibrome détermine en effet, par sa présence, une congestion très intense du muscle utérin et une sorte d'hypertrophie du tissu utérin, ce qui justifie, pour certains cas, l'expression de grossesse fibreuse employée par Guyon.

Certaines vessies douloureuses, certaines pollakiuries accompagnées de ténesme, qu'on met parfois, trop facilement sur le compte de la compression, ne reconnaissent pas souvent d'autres causes. Zuckerkandl et Jacobs en ont apporté la confirmation par leurs recherches cystoscopiques. Le bas-fond vésical est hyperémié, à tel point que parfois, il se produit une véritable hématurie dont l'origine peut être méconnue. L'explication de la congestion simultanée de ces deux organes, nous semble toute naturelle, si l'on se rappelle la communauté de leurs vaisseaux. Écoutons ce que nous dit Gillette : « Les artères de l'utérus et de la vessie, ont une même origine : l'artère hypogastrique; et de plus, l'artère utérine fournit directement à la vessie de nombreuses ramifications qui se terminent dans la muqueuse, principalement au niveau du col; ces rameaux ne peuvent évidemment rester étrangers à l'afflux sanguin qui se fait chaque mois dans les branches leur donnant naissance. D'autre part, les veines de la vessie extrêmement nombreuses, présentent des communications multiples avec le système veineux utérin; celles de la face postérieure en particulier se confondent avec les veines qui occupent la partie antérieure du col de l'utérus et l'on peut suivre ces communications jusqu'aux veines volumineuses anastomosées entre elles qui vont, en côtoyant les bords de l'utérus, former le plexus veineux utéro-ovarien ».

Sans doute, la congestion pelvienne n'explique pas tout, sauf dans certains cas où on ne trouve que de petites masses fibromateuses et où elle semble entrer seule en ligne de compte. Dans bien des cas, elle se surajoute aux causes mé-

caniques, ce qui explique pourquoi la pathogénie de ces troubles vésicaux est très souvent complexe et mixte.

Nous n'avons esquissé qu'à grands traits et pour en donner seulement une vue générale les différentes hypothèses que l'on peut formuler pour donner une explication du retentissement fâcheux, qu'exerce le fibrome sur la vessie. Nous allons maintenant consacrer les chapitres suivants à l'étude clinique de ces troubles vésicaux.

ETUDE CLINIQUE

Les troubles fonctionnels que déterminent du côté de la vessie les fibromes de l'utérus sont bien connus, ils varient d'intensité et de gravité depuis la simple pollakiurie, avec ou sans douleur, jusqu'à l'incontinence et la rétention. Tantôt c'est au milieu du cortège habituel des symptômes des corps fibreux qu'il faudra aller les reconnaître. Tantôt ils accaparent toute l'attention de la malade qui se plaint à peine de quelques pertes sanguines. Parfois, enfin, ils constituent la seule symptomatologie, et c'est alors qu'ils peuvent faire errer le diagnostic plus ou moins longtemps.

Nous allons essayer de classer ces troubles vésicaux et dans une étude rapide, d'en examiner les caractères cliniques.

1° *La pollakiurie*. — Les malades viennent consulter parce qu'elles sont sollicitées plus fréquemment que d'habitude, par des besoins d'uriner, et parce que leurs mictions s'accompagnent le plus souvent de phénomènes douloureux.

C'est le symptôme le plus banal, mais qui cependant peut présenter tous les degrés. Cette pollakiurie offre un caractère particulier qui permet d'écarter facilement l'idée d'une cystite. La malade, en effet, urine souvent dans la journée, dans la station debout, ou pendant la marche, mais les nuits sont calmes, et les mictions n'ont quelquefois pas lieu du tout. De plus les urines restent claires, sans pus, et c'est pour caractériser cette distinction que les auteurs anglais ont défini cet état « vessie irritable ». La pollakiurie est alors caractérisée par le fait que la malade est tourmentée par de faux besoins

d'uriner, et que l'expulsion des dernières gouttes entraîne une contracture douloureuse de la vessie. Dans le chapitre précédent nous avons signalé l'importance de la congestion; il est probable que c'est elle qui joue le rôle principal sinon unique, en tant que cause de cette irritabilité vésicale. Quelquefois les douleurs et le ténesme sont assez marqués pour rappeler le syndrome de la névralgie vésicale. Hartmann a rapporté plusieurs cas de névralgies vésicales développées sous l'influence de fibromes utérins.

2° *La dysurie*. — On l'observe surtout dans les cas où il y a compression de l'urètre ou du col vésical. La vessie distendue voit sa musculature faiblir et la malade pour uriner doit faire appel à ses muscles abdominaux. Ce n'est parfois qu'aux prix d'efforts considérables qu'elle arrive à expulser quelques gouttes d'urine et bien souvent elle doit prendre les positions les plus bizarres, pour arriver à la débarrasser au moins d'une petite partie de son contenu.

Pollakiurie et dysurie constituent les petits troubles de la miction; ils ne présentent pas ce facteur de gravité qu'ont d'autres troubles plus importants, que nous allons étudier maintenant.

3° *L'incontinence d'urine*. — C'est la perte involontaire et incessante de l'urine. Encore ne faut-il pas confondre avec la fausse incontinence, liée à la rétention incomplète où l'urine coule goutte à goutte et involontairement, et n'est que le trop plein qui déborde. C'est un trouble très rare, infiniment moins fréquent que la rétention. Il faut pour que l'incontinence se produise des conditions toutes spéciales et rarement réalisées : ou défaillance sphinctérienne, ou compression de la vessie sur le pubis au point d'effacer sa cavité. L'urine ne pouvant plus séjourner dans un réservoir qui n'existe pour ainsi dire plus, s'écoule continuellement. C'est ce que nous dit Pousson, dans son observation sur un cas d'incontinence d'urine chez une femme atteinte de fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin.

Mais il n'en demeure pas moins vrai que l'incontinence

est très rare « L'incontinence vraie, dit Vénot, d'origine fibromateuse, doit être exceptionnelle, pour ma part je n'en ai pas trouvé d'observation probante. »

Cependant il faut faire remarquer que l'incontinence d'urine, qui malgré tout reste une infirmité désagréable et pénible, ne comporte pas un pronostic aussi fâcheux que la rétention.

L'urine ne s'accumulant pas dans la vessie ne pourra pas causer de lésions ascendantes de tout le système urinaire.

4° *La rétention d'urine.* — C'est le trouble urinaire le plus fréquent et le plus tapageur, celui qui impressionne le plus les malades. Il y a un point intéressant sur lequel nous voudrions attirer l'attention, c'est que la rétention d'urine peut apparaître alors qu'aucun symptôme ne pouvait faire penser à l'existence du fibrome, et très souvent des malades qui ne présentent aucun trouble du côté du ventre ou de l'appareil génital, viennent consulter uniquement pour des accidents urinaires. La rétention d'urine se produit parfois d'emblée, sans être précédée d'aucun symptôme attirant l'attention du côté de l'appareil génital. D'autres fois au contraire, il s'agit de malades qui présentent une période plus ou moins longue de symptômes variés : fréquence des mictions, douleurs, difficultés pour uriner. Le plus souvent la rétention apparaît le matin; c'est au réveil que les malades constatent que malgré tous leurs efforts, elles ne peuvent arriver à émettre la moindre goutte d'urine. Après quelques cathétérismes, parfois après un seul, on voit ce trouble disparaître, mais il peut réapparaître de temps à autre. Cette rétention évolue de manières différentes suivant les cas. Quelquefois après une période de rétention, temporaire, les mictions redeviennent spontanées, soit avec une fréquence normale, soit plus souvent avec de la pollakiurie.

Généralement cette période de mictions spontanées n'est que transitoire, et des crises de rétention complète surviennent de nouveau, coïncidant souvent avec les périodes menstruelles. Ainsi le malade de Boursier (observation IX) faisait

tous les mois sa petite crise de rétention. De même Hartmann cite le cas d'une de ses malades, qui'était obligée de se faire sonder tous les mois, deux jours avant l'arrivée des règles.

Une autre difficulté qui se présente, plus grave celle-là, car elle peut laisser ignorer une rétention existante, c'est la rétention incomplète. La malade urine mais c'est par regorgement; il reste toujours dans la vessie un résidu urinaire qui peut devenir un excellent bouillon de culture, d'autant plus dangereux qu'il n'est pas soupçonné. Le cathétérisme pratiqué après une miction permet de démasquer ce dépôt stagnant.

Conformément à l'opinion émise par un certain nombre de gynécologues, la rétention d'urine s'observe plus fréquemment dans les fibromes de la face postérieure de l'utérus, soit du col, soit surtout du corps. Legal-Lasalle, dans sa thèse, remarque que sur 15 des 17 fibromes compliqués de rétention, le siège de la tumeur a été précisé : 1 fois seulement il s'agissait de fibrome de la face antérieure, 14 fois il s'agissait de fibromes de la face postérieure, enclavés dans l'excavation.

La rétention d'urine est une complication rare des fibromes utérins. Hartmann sur 897 fibromes, n'a trouvé que 20 cas de rétention, soit 2,24 p. 100. De même Kelley et Cullen sur 1.400 fibromes n'en ont noté que 20 cas. Cependant la rétention reste le plus important des troubles vésicaux.

La rétention d'urine complète rend le cathétérisme absolument indispensable. Ce cathétérisme se fait presque toujours sans difficulté. Dans quelques cas cependant, l'urètre peut être comprimé, ou bien comme chez la malade de Legueu (observation XI) le méat urétral était tellement remonté sur la face antérieure du vagin que le cathétérisme fut impossible.

Quoi qu'il en soit, nous dit Legueu, il ne faut jamais vider complètement la vessie, car c'est tuer presque sûrement la malade.

5° *La cystite*. — La cystite chez les fibromateuses est assez rare, bien que leur vessie apparaisse comme un terrain pré-

disposé par la congestion et par la rétention. Il arrive cependant que la résistance que l'épithélium oppose à l'infection faiblisse, et c'est alors la cystite vulgaire avec sa forme aiguë et chronique. Le plus souvent, c'est le cathétérisme qui ouvre la voie aux microbes. On a vu cependant des malades qui n'avaient pas été sondés faire de la cystite. Nous n'insisterons pas sur sa symptomatologie bien caractéristique : pollakiurie, douleurs des mictions, pyurie. Ces symptômes sont plus ou moins intenses, mais ils ne présentent pas un caractère spécial du fait de la présence du fibrome. Dans l'observation de Schickele (XX), la cystite constitue la principale complication que l'on ait observée au cours de l'évolution du fibrome de la malade.

Il ne s'agit là que de cystites simples; mais on peut trouver des cas de cystites pseudo-membraneuses et même de cystites gangréneuses analogues à celles que l'on a décrites au cours des rétentions d'urine causées par la rétroversion de l'utérus gravide. Le tableau clinique est celui d'une cystite très aiguë où s'ajoutent deux symptômes typiques, la putridité des urines et l'expulsion des fausses membranes. Les urines sont souvent hémorragiques et irritantes pour les régions avec lesquelles elles entrent en contact. Les membranes expulsées, qui sont plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, ont un aspect sphacélé et sentent la gangrène.

6° *L'hématurie*. — La congestion du bas fond vésical peut devenir assez intense pour produire une hématurie véritable. On la rencontre surtout lorsqu'il y a rétention d'urine aiguë, et il semble alors que ce soit à la distension vésicale, conséquence de cette rétention, que l'on puisse attribuer ces hématuries. Ainsi, dans l'observation de Lejars (XII), la malade, dont la vessie était très dilatée, avait de temps en temps du sang mélangé à l'urine.

Cependant, ces hématuries peuvent survenir en dehors de toute rétention; les erreurs de diagnostic sont alors fréquentes. On croit le plus souvent qu'il s'agit de tumeur vésicale, alors que la tumeur est, ici, indépendante du réservoir uri-

naire, et siège dans l'utérus. Dans l'observation de Loubat et Mangé (XIII), la malade, qui avait un fibrome de la face antérieure de l'utérus, présentait une importante hématurie vésicale, au moment de ses règles. Ce cas est à rapprocher des hématuries périodiques, dont Legueu nous parle, et qui surviennent chez des femmes normales par ailleurs.

Un fait domine donc toute la symptomatologie des troubles urinaires, c'est l'influence considérable des règles. Ces troubles, souvent elles les font naître, toujours elles les aggravent, et Guyon a signalé depuis longtemps la répercussion des congestions actives de la menstruation et des congestions passives de la ménopause sur la vessie. Beaucoup de femmes n'ayant jamais souffert d'affections des voies urinaires, éprouvent pendant les périodes menstruelles des troubles vésicaux plus ou moins intenses. Dans l'intervalle, ces malades ne souffrent pas, seules ces douleurs périodiques viennent leur rappeler qu'elles ont une tumeur dans le ventre. Mais très souvent les troubles une fois installés ne montrent aucune tendance à la régression, la menstruation ne fera que les raviver.

EVOLUTION — COMPLICATIONS

Même bénins, les troubles vésicaux constituent toujours une complication désagréable des fibromes. Ces symptômes vésicaux peuvent rester stationnaires, s'atténuant, s'espacant, disparaissant même quand vient la ménopause. Un auteur a rapporté l'observation d'une femme porteuse d'un fibrome qui s'était révélé par une rétention d'urine, puis tous ces troubles s'étaient amendés. Elle mourut octogénaire et l'autopsie révéla un petit fibrome dur et calcifié de la paroi utérine.

Nous avons déjà parlé des fibromes qui, par leur évolution abdominale faisaient cesser, par leur ascension même, ces troubles vésicaux. Malheureusement, l'évolution n'est point toujours aussi heureuse. Le plus souvent, les douleurs vont s'exagérant et deviennent plus intenses. La rétention qui n'était qu'accidentelle tend à la chronicité, mais elle reste incomplète : en effet, comme nous l'avons déjà dit, il existe bien des mictions spontanées, mais si l'on vient à sonder la malade après une miction, on constate qu'il existe un résidu vésical. Cette rétention chronique incomplète s'accompagne en général de distension vésicale, laquelle peut entraîner des mictions par regorgement.

Mais c'est surtout par les menaces d'infection de l'appareil supérieur que la rétention est une des complications les plus graves des fibromes de l'utérus. La tumeur s'opposant au libre écoulement de l'urine, la vessie se laisse distendre. La pression intra-vésicale se transmet à l'appareil urinaire tout entier. La première manifestation de ce retentissement

est l'hydro-néphrose. Cette hydronéphrose, généralement bilatérale, favorise l'infection du bassinet et du rein, se traduisant par de la pyelonéphrite avec sa polyurie trouble, et de la pyonéphrose, dernière étape de l'infection rénale. Devant un pronostic aussi sombre, on saisit bien l'intérêt qu'il y a à dépister ces complications à leur naissance, alors qu'un traitement chirurgical est encore efficace.

L'albuminurie est un symptôme très inconstant et bien difficile à interpréter. Deux cas sont à envisager : 1° On trouve une quantité minime d'albumine, mais pas de cylindres urinaires. C'est le degré le plus léger. Ces traces d'albumine semblent relever d'une congestion rénale transitoire. Autrefois, on considérait cette forme comme une contre-indication formelle de l'intervention, mais actuellement elle commande impérieusement l'hystérectomie. 2° Au contraire, il y a des cas où l'albumine est plus marquée, en même temps qu'elle s'accompagne d'une élimination de cylindres. On peut même trouver les petits signes du Brightisme, traduisant une grosse altération du parenchyme rénal. Ces phénomènes d'insuffisance rénale ont donc une grande importance, et doivent être recherchés systématiquement, pour tâcher d'éviter les accidents d'urémie postopératoire.

Enfin, il est d'autres complications graves et d'origine purement vésicales. Ce sont les perforations de la vessie. Ce mode d'élimination, parfois suivi d'une terminaison heureuse quand il s'agit de la paroi abdominale ou du vagin, peut avoir des conséquences terribles lorsque la rupture se fait en plein péritoine. Nous ne savons pas jusqu'à quel point on peut incriminer le traumatisme; dans tous les cas il est fort probable que la rupture est toujours préparée par des altérations vésicales. La gangrène avait été le seul agent de la perforation dans le cas rapporté par Vincent dans le *Lyon médical* de 1896. D'autres fois ces perforations sont l'aboutissant d'une compression qui amincit et use la paroi vésicale. Ordinairement, il se produit avant la rupture un certain degré d'adhérence entre le fibrome et la vessie, adhé-

rence suffisante, pendant quelque temps au moins, pour empêcher l'irruption brusque de l'urine dans le péritoine, et même parfois pour permettre au fibrome de pénétrer dans la vessie, sans qu'il se produise de réaction péritonéale. Dans un cas rapporté par Demarquay, à la Société de chirurgie, la tumeur avait perforé la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie, pour venir en contact direct avec la symphyse pubienne.

DIAGNOSTIC

C'est l'association d'une tumeur utérine et de troubles urinaires qui permet de rapporter ces derniers à leur cause. Le diagnostic de ces troubles vésicaux est en général très facile. Dans le cas de rétention d'urine, la malade attire elle-même l'attention du côté de l'appareil urinaire et le globe hypogastrique, plus ou moins développé, disparaît après le cathétérisme. Ce n'est que dans les cas exceptionnels de vessie parésiée, que le cathétérisme pourrait, si l'on ne prenait la peine de comprimer la vessie, à travers la paroi abdominale, être insuffisant pour établir le diagnostic de rétention et conduirait à celui d'anurie. De même, la fausse incontinence que l'on trouve dans certains cas de rétention chronique avec vessie distendue, ne doit pas être confondue avec l'incontinence véritable.

Le diagnostic du trouble vésical étant posé, il est surtout important de rapporter ce trouble vésical à sa cause véritable, ce qu'un examen gynécologique attentif permet de faire dans la majorité des cas. Ainsi s'il est certain que de toutes les affections gynécologiques, le fibrome est le plus gros facteur de rétention d'urine, cependant, indépendamment des rétroversions d'utérus gravide, il existe d'autres cas d'affections gynécologiques qui s'accompagnent de rétention d'urine, comme par exemple, les ruptures de grossesse tubaires ou les fibromes du vagin. Quant aux kystes de l'ovaire, ils donnent très rarement des troubles urinaires; cela tient sans doute à ce que les kystes de l'ovaire sont des tumeurs malléables et fuyantes.

Nous avons à notre disposition des moyens très utiles pour nous aider à établir notre diagnostic.

C'est ainsi que la cystoscopie peut nous rendre de très grands services dans les cas difficiles, où un doute persiste, en présence de symptômes dont nous ne saisissons pas bien la cause. Mais cet examen cystoscopique n'est pas toujours aisé chez les fibromateuses, soit que le col vésical soit comprimé, ou que la vessie soit entraînée par un utérus en rétroversion. Dans la compression du col, il peut être difficile d'introduire le cystoscope, l'urètre étant écrasé entre la symphyse et la tumeur. Et même une fois dans la vessie, on pourra éprouver de grosses difficultés à manœuvrer l'instrument. Quand le fibrome est volumineux, et quand pesant lourdement sur la vessie, il l'écrase sur le plancher pelvien, la cystoscopie est impossible, la capacité vésicale étant insuffisante pour en permettre l'exploration.

La cystoscopie permet tout d'abord de se rendre compte de la situation et de la déformation de la vessie. Mais surtout par le cystoscope on sera renseigné sur l'état de la vessie elle-même. C'est ainsi que seront décelés des foyers limités de cystite; la rougeur du bas-fond vésical nous donnera l'explication de certaines pollakiuries intenses avec ténesme; et dans certains cas, de petits fibromes qui ont échappé au doigt explorateur nous seront révélés par le cystoscope, la cystoscopie montrant l'existence d'une saillie recouverte de muqueuse saine. Dans le cas d'hématuries, la meilleure façon de se renseigner, c'est d'aller voir dans la vessie pourquoi elle saigne; le cystoscope trouve ici son application la plus importante, il permettra de ne pas méconnaître une tumeur maligne de la vessie, car, ne l'oublions jamais, la valeur d'un traitement a pour condition la précocité du diagnostic. Enfin le cystoscope permet le diagnostic précoce des petites rétentions vésicales, lorsqu'on constate l'existence d'un bas fond.

Devons-nous systématiquement examiner au cystoscope toutes les femmes porteuses de fibromes, et présentant des troubles vésicaux? Non, car bien souvent les procédés cliniques sont suffisants pour nous renseigner. Mais, dans les cas

difficiles, nous demanderons au cystoscope de nous éclairer sur les déformations de la vessie et sur les lésions qu'elle nous présente.

De même, nous avons avec la radiographie un moyen très utile pour établir notre diagnostic. Le diagnostic de tumeur de la région pelvienne présente parfois chez la femme de très sérieuses difficultés, soit que la tumeur soit pelvienne, soit qu'elle soit abdomino-pelvienne. Entre un fibrome, un pyosalpinx, et certains kystes de l'ovaire inclus, il est parfois difficile avec les signes cliniques ordinaires d'avoir un diagnostic précis. Dans les fibromes de l'utérus, la radiographie au lipiodol montre que la cavité utérine est agrandie et souvent déformée. Dans d'autres cas, l'irrégularité de la cavité utérine, déformée en S, fait prévoir l'existence de fibromes multiples nécessitant l'hystérectomie. Comme le dit notre Maître, le Professeur Guyot : « Cette exploration, dans les cas compliqués, ne nous renseignerait-elle que sur le siège exact de l'utérus, que ce serait déjà un renseignement de première importance, car en gynécologie, l'utérus est « notre étoile polaire », le situer doit être le premier problème du diagnostic. »

TRAITEMENT

Quelle conduite allons-nous tenir en présence d'une fibromateuse qui a des troubles de la miction? Il est évident que notre thérapeutique sera tout à fait différente suivant les divers cas qui se présenteront, et seule l'observation attentive des faits pourra guider notre traitement. Parfois la malade se présente avec un fibrome qu'elle soupçonne à peine tant il est discret dans sa symptomatologie. Dans ce cas, surtout si la femme approche de la ménopause, nous croyons qu'on peut lui conseiller d'attendre, mais il faudra se tenir prêt à intervenir au premier signal.

La pollakiurie intense et l'incontinence sont deux bonnes indications opératoires. De même, si l'infection a envahi la vessie, il faut tout craindre, car l'infection ascendante peut nous devancer. L'opération sera donc hâtive, il ne faut pas attendre l'apparition des symptômes révélateurs de l'invasion rénale, ce qui entraînerait un pronostic plus grave de l'intervention.

Dans le cas de rétention, le danger peut devenir plus pressant. Mais avant tout il faut vider la vessie par le cathétérisme. Celui-ci sera pratiqué à l'aide d'une sonde molle de petit calibre. Si on ne trouve pas le méat au premier abord, on se souviendra qu'il faut le chercher profondément sur la paroi antérieure du vagin. En cas de grosse distension vésicale, on videra la vessie en plusieurs fois, pour ne point exposer la malade à des hémorragies à vacuo, de façon analogue à ce que l'on fait dans le cas de vessie distendue chez un prostatique.

Quand on aura ainsi paré au plus pressé, il faudra agir sur le fibrome lui-même. Or il n'y a qu'un traitement rationnel et vraiment curatif des fibromes, c'est le traitement chirurgical. Le traitement médical ne sera jamais qu'un moyen palliatif pouvant agir sur les symptômes, mais non sur la tumeur. Cependant, certains fibromes, comme nous le dit le Professeur Bégouin, sont justiciables de la physiothérapie, ce sont les fibromes qui vers l'âge de la ménopause s'accroissent progressivement et surtout qui sont hémorragiques. A la condition qu'ils soient interstitiels, les radiations réussissent le plus souvent à arrêter les hémorragies et à faire régresser le fibrome.

La voie abdominale est la voie de choix, celle qui permet de se rendre un compte exact des dispositions utérines et vésicales. S'il s'agit d'une femme jeune, et dont la disposition s'y prête, on pourra faire une myomectomie; mais presque toujours on sera amené à pratiquer une hystérectomie. L'hystérectomie subtotale sera préférée, à moins d'indications spéciales, à l'hystérectomie totale, car elle est plus simple, plus rapide, et présente une gravité opératoire moindre.

Nous n'entrerons pas dans des détails de technique, nous soulignerons simplement en y insistant un peu, l'importance parfois considérable que prend la vessie dans ces interventions. Très souvent, la vessie a une position haute et peut quelquefois remonter jusqu'à l'ombilic. C'est un détail qu'il ne faut pas oublier et qui doit entraîner une incision haute du péritoine pour éviter d'ouvrir la vessie : accident qui s'est produit quelquefois. C'est également au cours de manœuvres opératoires que l'ouverture de la vessie peut se produire, surtout lorsqu'on cherche à la décoller du fibrome. Pour éviter de blesser la vessie, Lejars recommande d'inciser le péritoine pré-utérin, au-dessus du fond du cul-de-sac, puis de décoller à la compresse aussi bas qu'il sera nécessaire, en restant au contact de l'utérus, ou du fibrome s'il s'agit d'une variété antérieure. Dans certains cas de fibromes postérieurs encla-

vés, il peut-être indiqué de commencer par l'énucléation du fibrome avant de pratiquer l'hystérectomie, procédé sur lequel Legal-Lasalle insiste dans sa thèse.

Les résultats opératoires sont le plus souvent excellents; on voit les troubles vésicaux disparaître avec la cause qui les produisait. Mais parfois pendant quelques jours on voit persister de la rétention. Mais il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une vessie distendue mette quelque temps à retrouver son fonctionnement normal.

Cependant, il faut savoir que le pronostic de l'intervention dans les fibromes compliqués de rétention d'urine est plus grave que dans le cas de fibromes simples, en raison du retentissement rare, mais possible, sur les voies urinaires supérieures. Aussi, il ne faut jamais opérer une fibromateuse au lendemain du jour où on vient de découvrir sa tumeur. Il est indispensable de la garder quelques jours en observation, au repos, d'ausculter son cœur, ses poumons, mais il est surtout indispensable de rechercher le retentissement rénal possible, non seulement par la recherche de l'albumine, mais par l'examen fonctionnel complet de l'appareil rénal, et surtout, par la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard. C'est par ces précautions minutieuses que les indications du traitement chirurgical seront non seulement judicieusement posées, mais encore prudemment exécutées. L'opération sera rapidement menée, sous anesthésie légère et bien surveillée, ou rachi-anesthésie suivant les habitudes de chacun. Dans les cas graves même désespérés : urémie, anurie, il faut oser beaucoup et on peut sauver des malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Prise dans le service de Clinique gynécologique
de M. le Professeur Guyot.)

Mme M..., âgée de 40 ans, entre le 25 octobre 1929 avec le diagnostic de rétention d'urine, envoyée d'urgence par son médecin. Ce dernier, à l'examen, avait trouvé une masse utérine postérieure.

Cette malade, au moment des règles, se sentait fatiguée depuis deux ou trois ans. Les règles ont toujours apparu avec cinq ou six jours d'avance mais aucune modification dans leur caractère. Dans ses antécédents rien à signaler.

Opération (le 12 novembre 1929) (Professeur Guyot). — Hystérectomie subtotal. Appendicectomie.

Laparatomie médiane sous ombilicale. La vessie remonte jusqu'au tiers inférieur de l'incision. Protection péritoniale. On trouve un volumineux fibrome constitué par de nombreux noyaux dont un antérieur sous-vésical et une grosse masse postérieure dans le Douglas. Section des pédicules postérieurs et ronds. Section du péritoine recouvrant une portion de la tumeur incluse et adhérente. Section du col permettant de terminer à la main la libération de la masse gauche et de pincer l'utérine facilement, de dehors en dedans. Cautérisation du col.

Fermeture en trois points séparés. Hémostase. Péritonisation.

Appendicectomie. Appendice long et rouge. Suites opératoires : Drain non perforé fixé par catgut. Ablation du drain le troisième jour. Ablation des points le quatorzième jour. La malade se lève et sort le trente et unième jour. Guérie.

OBSERVATION II.

(Prise dans le service de Clinique gynécologique de
M. le Professeur GUYOT.)

Mme B..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital le 9 novembre 1929, pour métrorragies et rétention d'urine.

Au moment de ses règles, le 28 octobre, elle a perdu de gros caillots (volume d'une mandarine), puis, de longs filaments coagulés. Elle a souffert beaucoup et avait des douleurs lancinantes dans tout l'abdomen. Elle s'est couchée mais doit se lever plusieurs fois ayant de violentes envies d'uriner et d'aller à la selle, mais, tout cela, sans résultat.

Le docteur Traissag appelé, la sonda. Le lendemain, elle se rend à la consultation de M. le Professeur Guyot n'ayant pas uriné depuis la veille. Un sondage ramena 750 cm³ d'urine. Elle est hospitalisée le soir même.

Depuis son entrée, elle perdait toujours du sang mais moins abondamment et ses métrorragies ont presque cessé sous l'influence d'un traitement médical. Elle fut sondée les trois premiers jour, et depuis urine facilement.

Examen. — Col abaissé, entr'ouvert.

Dans le cul-de-sac latéral droit, masse accolée à l'utérus. Utérus bosselé, fibromateux. La malade refuse l'opération et quitte le service sur cette amélioration passagère,

OBSERVATION III.

(Prise dans le service de Clinique gynécologique de
M. le Professeur GUYOT.)

Mme E..., âgée de 39 ans, entre le 14 mai 1929.

La malade vient dans le service sur les conseils de son docteur. Bien que présentant une tumeur du bas-ventre depuis six mois, elle est allée consulter son médecin il y a seulement un mois parce qu'elle ne pouvait plus uriner.

Donc début il y a six mois. La malade s'apercevait que son ventre grossissait insensiblement. Aucun signe de grossesse. Pas de douleurs dans le bas-ventre sauf au niveau de la région appendiculaire où se manifestaient de petites crises.

Il y a un mois, crise douloureuse avec rétention d'urine. Un sondage est pratiqué, et, à l'examen on trouve par le toucher vaginal, une grosse masse régulière postéro-latérale gauche. Un col refoulé en avant.

Ces troubles ont disparu deux jours après la crise, la miction a reparu mais pas d'une façon brusque. Aucune modification du côté des règles.

Examen au moment de l'entrée de la malade : La palpation du ventre montre une tumeur qui paraît faire saillie plus à gauche qu'à droite. Par le toucher vaginal, col, derrière la symphyse pubienne, de consistance normale.

Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur dure qui bombe. On ne trouve pas le corps utérin, indépendant de la masse.

Cette malade est mise en observation. On doit lui faire un lipiodol intra-utérin, mais, le 3 juin la malade refuse d'être opérée et quitte le service.

OBSERVATION IV.

(Prise dans le service de Clinique gynécologique de
M. le Professeur GUYOT.)

Mme R..., âgée de 50 ans, entre le 18 mars 1930.

Cette malade a commencé, il y a un an, à présenter au moment de ses règles de vagues malaises, douleur dans le bas-ventre avec irradiations vers la cuisse gauche. Phénomène qu'elle attribuait à du rhumatisme. Pendant toute cette période, il faut noter des crises intermittentes de rétention d'urine. Les règles, sont légèrement plus abondantes, sans que leur durée et leur époque d'apparition aient été modifiées.

Cependant, la malade, pendant cette période d'un an, n'a vu aucun spécialiste et ce n'est qu'une semaine avant son entrée à

l'hôpital qu'elle a consulté le Professeur Guyot, ayant été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre accompagnées de rétention d'urine complète.

Hospitalisée d'urgence.

A l'examen le jour de son entrée : ventre énorme distendu, peut-être un peu plus gros à gauche. Présence d'une hernie ombilicale.

A la palpation : énorme masse qui, partant du petit bassin, remonte à quatre ou cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic. A peu près régulière sauf à gauche où il y a un gros noyau. Cette masse est mobile, et douloureuse à la pression.

Au toucher : le doigt est vite arrêté par une masse énorme qui remplit tous les culs-de-sac. Le col est derrière la symphyse pubienne. La grosse masse fait corps avec l'utérus.

Opération (le 4 avril 1930). — Hystérectomie subtotale suivie de cure radicale de la hernie ombilicale.

Dans le ventre ouvert on aperçoit la vessie qui remonte au-dessus d'un fibrome excessivement mou.

Premier temps : incision du péritoine. Décollement de la vessie. La face antérieure du fibrome est très vascularisée. On pratique l'hystérectomie première à la Terrier avec ablation seconde des masses annexielles.

Le col sectionné, on aperçoit un long prolongement de la tumeur qui descend vers le plancher pelvien. On enlève ensuite le fibrome dont la partie basse est aussi importante que la partie abdominale, et, un gros kyste inclus du côté droit.

Deuxième temps : Résection de l'épiploon qui se dirige vers la hernie ombilicale. Suture en bourse de l'orifice péritonéal de la hernie.

Mickulitz et gros drain abdominal. Sonde de Petzer dans la vessie. Urine teintée de sang.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération la malade est encore choquée. Pouls 120.

Le deuxième jour : Etat alarmant, pouls incomptable.

Décès le quatrième jour.

OBSERVATION V

(Prise dans le service de clinique gynécologique
de M. le Professeur Guyot.)

Mme B..., âgée de 45 ans, entre le 19 février 1931.

Cette malade, il y a trois ans environ, a vu son ventre grossir petit à petit, et dès lors, elle a commencé à ressentir des douleurs sourdes. Ces douleurs survenaient par crises et s'irradiaient le long des cuisses.

Mais, depuis deux mois, la malade éprouve une grande gêne pour uriner. Elle est obligée pour y arriver de se tenir debout et d'exercer avec sa main une pression sur sa région vésicale. Elle présente, en plus, de la pollakiurie diurne et nocturne, et, pendant l'effort, une légère incontinence.

Examen (le 20). — A l'inspection de l'abdomen : tumeur médiane régulière, sous-ombilicale, du volume d'une tête de fœtus.

A la palpation : tumeur libre, mobile, régulière, dure, non fluctuante.

A la percussion : Matité à convexité regardant en haut.

Toucher vaginal : Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont disparus. Cul-de-sac droit : libre. Gros utérus dévié vers la gauche. Dur, mobile et non douloureux. Col gros regardant vers la gauche.

Urée le 20 février = 0,43.

Opération (le 13 mars). — Hystérectomie pour gros fibrome inclus en avant dans le ligament large. Appendicectomie.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril 1931, en excellent état général et local.

OBSERVATION VI

Prise dans le service de clinique gynécologique
de M. le Professeur Guyot.)

Mme M..., âgée de 45 ans, entre le 7 avril 1931.

Il y a quatre ans, la malade commençait à souffrir de gêne

vésicale. La nuit, besoin pénible d'uriner, qu'elle ne peut satisfaire. Le matin, elle urinait très souvent mais, chaque fois, quelques gouttes. Pas d'incontinence, pas de métrorragies.

Il y a trois semaines, la malade se sent très fatiguée, et, urinant très peu, consulte son médecin qui l'envoie à l'hôpital.

Examen. — Inspection : gros ventre ptosique.

Palpation : grosse masse mobile, ronde, régulière, sous-ombilicale.

Toucher : Utérus en antéflexion et en latéroversion droite, semblant entraîné par une grosse masse dure comblant le cul-de-sac latéral droit et s'étendant en arrière.

Col gros, dur, situé profondément et regardant en arrière. Cul-de-sac postérieur profond et libre.

Le 44 avril, opération. Fibrome pelvien inclus en partie dans le ligament large. Hystérectomie subtotale.

Guérison complète.

OBSERVATION VII.

(GUYOT et JEANNENEY, *Journal de médecine de Bordeaux*,

20 juill. 1913, p. 471.)

Femme de 43 ans. Aucun antécédent. Début il y a huit mois par apparition de troubles urinaires légers : dysurie seulement. Les règles sont normales et n'amènent aucun changement. Brusquement, la nuit, envie impérieuse d'uriner, mais, miction impossible. On sonde et on retire 2 litres 12 heures après.

Deux nouvelles crises de rétention dans les deux jours suivants. La malade entre alors dans le service de M. le Professeur Guyot. L'examen montre : « Au toucher, une tumeur volumineuse et dure, assez mobile, non douloureuse, refoulant le cul-de-sac antérieur et bombant à droite. Col rejeté en arrière et à gauche. On porte le diagnostic de compression du col par un fibrome utérin. Opération 20 jours après l'entrée dans le service (la malade ayant eu la grippe). Gros fibrome intraligamentaire remplissant la moitié droite du pelvis ».

OBSERVATION VIII (Résumée).

(BÉRARD ET MURARD, *Lyon Médical*, 1914, t. CXVII, p. 538.)

Malade de 45 ans, entrée pour des troubles menstruels accompagnés de douleurs et de dysurie. Depuis six mois, la malade se plaint de douleurs, de constipation opiniâtre et de troubles vésicaux; ces derniers ont pu, au début, amener un accès de rétention à la suite duquel la malade recourut à l'emploi presque constant de la sonde; la malade se sondait jusqu'à trois fois par nuit. Pollakiurie. A l'examen, volumineuse tumeur abdominale remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; au toucher vaginal, on trouvait une grosse masse dure, qui subissait des mouvements nets mais limités lorsqu'on communiquait des mouvements à la masse abdominale.

A l'intervention, on trouve un fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme qui s'implante à la face postérieure du col; ce fibrome est enclavé et inclus dans les ligaments larges. Hystérectomie totale.

OBSERVATION IX.

(BOURSIER, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 23 févr. 1902.)

Femme de 40 ans. A 36 ans, brusquement rétention d'urine; depuis cette époque, pesanteurs pelviennes, mictions fréquentes et difficiles. Examen : ventre globuleux; tumeur de consistance ferme, dure par endroit, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au toucher, le vagin distendu est rempli par une masse dure en continuité avec la tumeur abdominale; le col est remonté; on peut à peine le sentir.

A l'intervention, on trouve une volumineuse tumeur développée dans les deux ligaments larges. Les annexes entraînées sont aux pôles supérieurs aplaties contre la tumeur. Hystérectomie totale. On constate qu'il existe une déchirure de la vessie. Suture au catgut, sonde à demeure. Le huitième jour, la malade urine spon-

tanément pendant vingt-quatre heures, mais ultérieurement, on fut obligé de la sonder à nouveau.

OBSERVATION X (Résumée).

(LE FULIATRE, *Bulletin de la Société Anatomique*, 1913, p. 434.)

Femme de 42 ans, métrorragies abondantes. Depuis six ans, la malade présente de la pollakiurie, puis elle s'aperçoit, il y a trois ans, que, par moment, elle conserve difficilement ses urines et qu'au moindre effort elle mouille sa chemise. Enfin, depuis deux ans, elle urine sous elle et est obligée de se garnir dans la station debout ou couchée. OEdème des membres inférieurs. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine. Au palper abdominal, tumeur irrégulière remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au toucher vaginal et rectal, tout le petit bassin est envahi et l'on sent difficilement le col remonté en arrière du pubis.

Hystérectomie abdominale totale en pratiquant une incision de 24 centimètres sur la ligne médiane allant de l'appendice xyphoïde au pubis. La vessie remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, attirée à ce niveau par la tumeur à laquelle elle adhérait fortement. Après l'hystérectomie, la vessie énorme, flasque et saignant facilement fut polissée sur toute la partie adhérente au fibrome, pour en réduire le volume; elle est finalement fixée en arrière de la péritonisation.

Suites simples. La tumeur pèsait 17 livres.

OBSERVATION XI (Résumée).

(LEGUEU, *Journal d'Urologie*, 1912, p. 33.)

Femme de 41 ans, envoyée pour une volumineuse tumeur abdominale. Toujours bien réglée. La malade s'est aperçue, il y a quatre ou cinq ans, que son ventre augmentait de volume, surtout depuis deux ans. Elle se plaint en outre d'uriner souvent et

la fréquence de ses mictions augmente avec les années. Actuellement, elle urine sept et huit fois dans la journée, deux fois la nuit, mais depuis un an environ, une grande difficulté de miction s'est jointe à la fréquence. La malade a de la peine à uriner; elle est obligée de faire effort, et à certains moments même, c'est à peine si elle peut émettre quelques gouttes, bien qu'elle ait un besoin très vif d'uriner. Elle urine environ un litre et demi par jour. Malade pâle. Le ventre est énorme et pointu en avant même dans la position couchée. Au palper, on sent une tumeur ferme, dure, qui remplit toute la zone sous-ombilicale et remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au niveau de la ligne médiane, on sent la vessie légèrement distendue. Au toucher vaginal, le doigt rencontre la tumeur à quelques centimètres de la vulve; elle semble émergée de la partie postérieure du vagin dont le cul-de-sac postérieur n'existe plus. Cette tumeur remplit la cavité pelvienne; il est impossible d'arriver à sentir le col; le cathétérisme est impossible, car on ne trouve plus d'urètre, celui-ci étant remonté dans la paroi antérieure du vagin.

A l'intervention, on trouve un cul-de-sac péritonéal antérieur remonté à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. La vessie très haute, couvre le devant de la tumeur. La tumeur est formée par un volumineux fibrome (7 kg.) du segment postérieur du col utérin, occupant toute la cavité pelvienne. L'utérus est soulevé et forme un lobe qui était perceptible à droite et au-dessus de l'ombilic. Hystérectomie totale. Après décollement prudent de la vessie.

Guérison. Les mictions reprirent naturellement dès le premier jour. Au départ, les urines étaient claires.

OBSERVATION XII (Résumée).

(LEJARS, *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1906.)

Femme de 42 ans, venue consulter parce qu'elle éprouvait des douleurs abdominales vives, que son ventre avait considérablement grossi; de temps en temps, un peu de sang était mélangé à

l'urine. Au palper de l'abdomen, on constata une tumeur irrégulière non mobilisable qui remontait jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale; elle semblait faire corps avec elle, surtout dans la zone de Retzius, qu'elle distendait et soulevait en relief; au toucher, on retrouvait au devant du col son pôle inférieur, et l'absence de mobilité se confirmait en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Intervention : l'incision pratiquée, on ouvre le péritoine très haut, non loin de l'ombilic, et l'on prolonge prudemment la section de haut en bas, on découvre en effet une masse énorme qui émergeait du bassin et remplissait toute sa moitié antérieure et au-devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée. En arrière de cette masse on trouvait l'utérus, lui-même volumineux et refoulé en arrière.

On incise le feuillet séreux pré-utérin. Il s'agissait d'un très volumineux fibrome diffus de la face antérieure du col qui s'était développé sous le péritoine en refoulant et comprimant la vessie et en se prolongeant derrière la paroi abdominale. Il était gros comme les deux poings. Dans les suites opératoires, il y eut de la rétention partielle pendant quelques jours, mais peu à peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(LOUBAT et MANGÉ, Société obstétrique et gynécologique de
Bordeaux, 17 juill. 1923.)

Il s'agit d'une femme de 41 ans, ayant un fibrome de la face antérieure de l'utérus. Cette malade avait eu une hématurie vésicale au moment de la menstruation. A l'examen cystoscopique, le fond de la vessie paraît relevé par le fibrome, mais la muqueuse est saine. Après hystérectomie, on trouve un gros fibrome implanté sur le côté droit de l'utérus.

OBSERVATION XIV.

MADON et GUIBAL, *Rétention d'urine par fibromes utérins à symptomatologie atypique*. Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 janv. 1924. Analysé in *Gynécologie et obstétrique*, 1924, t. IX, p. 311.)

Femme de 41 ans, souffrant depuis quelque temps de douleurs abdominales et n'ayant jamais présenté ni ménorragies, ni métrorragies. Brusquement apparaissent des phénomènes de rétention d'urine nécessitant l'évacuation de la vessie à la sonde. Dirigée par son médecin sur la clinique des voies urinaires, où le diagnostic de fibrome est porté, cette femme est immédiatement envoyée dans le service de gynécologie.

Hystérectomie subtotale.

Diagnostic opératoire. — Volumineux fibrome de la paroi postérieure de l'utérus entraînant par la bascule en arrière de cet organe, la compression de l'urètre par le col. Il existe en outre un gros fibrome pédiculé intra-cavitaire.

OBSERVATION XV.

(POUSSON, *Journal d'Urologie*, 1920, p. 57.)

Femme de 53 ans, n'ayant jamais eu de troubles utérins, ni métrorragies, ni ménorragies jusqu'à l'âge de 49 ans, perd depuis quatre ans et involontairement toutes ses urines. Des médecins consultés ont pensé qu'il s'agissait d'un néoplasme vésical. Lorsqu'elle se présente à moi le 14 mars 1920 elle paraît en parfaite santé. L'incontinence complète, diurne et nocturne des urines qui sont claires et limpides, est le seul phénomène morbide dont elle se plaint. Au toucher vaginal : cul-de-sac droit rempli par une masse dure et régulière, col plat effacé. Le cathétérisme vésical ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine limpide. L'exploration cystoscopique est impraticable : l'explorateur métallique pénètre de

7 centimètres et ne peut être retourné, les parois de la vessie appliquées l'une à l'autre la transformant en une sorte de portefeuille.

J'hésitai entre une tumeur interstitielle des parois vésicales et un néo-utérin enclavé dans le petit bassin. En vue d'éclaircir ce diagnostic, je décidai d'intervenir. D'abord au niveau de la région hypogastrique en respectant le péritoine de manière à palper directement la vessie; mais, sous la vessie et s'étendant à droite, je perçus une volumineuse tumeur semblant faire corps avec l'utérus. Je prolongeai alors l'incision et ouvris le péritoine. Je terminai par l'hystérectomie subtotale après avoir eu quelques difficultés à extraire cette tumeur.

Suites opératoires simples, mais l'incontinence persiste et la malade quitte le service.

La malade a échappé à mon contrôle et je ne peux dire si l'incontinence est du fait de l'impossibilité du muscle vésical à se dilater, ou de l'insuffisance du sphincter : l'électrisation aurait pu avoir quelque effet heureux dans ce dernier cas.

OBSERVATION XVI.

(Pozzi, *La myomectomie abdominale*, in *Presse médicale*, 1908, p. 849).

OBSERVATION XVI (Résumée).

Femme de 46 ans. Règles irrégulières depuis 6 mois. Le 1^{er} octobre la malade ayant ses règles présente de la rétention d'urine, la malade est sondée par un praticien qui constate l'existence d'une tumeur abdominale non soupçonnée jusque-là. Depuis ce jour, il a fallu la sonder matin et soir. A l'examen, on trouve un col repoussé contre la symphyse par une tumeur pelvienne emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux et dépassant le détroit supérieur. Le 11 octobre, la sonde ramène de l'urine teintée de sang. L'opération montre qu'il s'agit d'un gros fibrome enclavé

dans le petit bassin et implanté à la face postérieure de l'utérus; le col utérin se trouve refoulé en avant et la vessie est à son tour reportée en avant et en haut. Myomectomie. Guérison.

OBSERVATION XVII (Résumée).

(RABÈRE, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1911, p. 812.)

Malade de 35 ans, venue pour des crises de rétention d'urine. Hystérectomie abdominale totale.

Tumeur grosse comme un poing volumineux, développée aux dépens de la portion latérale gauche du col; le corps utérin surmonte la tumeur du côté droit. Le siège de ce fibrome inclus et immobilisé dans le petit bassin, développé entre les deux feuillets du ligament large explique les troubles urinaires présentés par la malade.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(ROUFFART, *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, t. X, p. 414).

Malade venue consulter parce qu'elle présentait de la rétention d'urine au moment de ses règles, qui étaient abondantes. Utérus en rétroversion, avec col porté vers le haut.

Hystérectomie subtotale.

Diagnostic opératoire. — Noyau fibromateux développé dans la paroi du corps utérin; de petits noyaux fibromateux du volume d'un pois à celui d'une amande occupent l'épaisseur de la paroi supérieure de l'utérus.

Suites normales.

OBSERVATION XIX (Résumée).

(SCHAUTA, *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905.)

Femme de 47 ans, depuis 4 ans présente de fortes hémorragies. Depuis trois mois, augmentation de volume de l'abdomen, depuis deux jours dysurie. Les dernières règles viennent avec huit jours

d'avance; elles durent deux jours. Elles s'accompagnent de violentes douleurs lombaires. Le médecin constate l'accroissement de volume du ventre et doit pratiquer un cathétérisme vésical.

Le col, très profondément situé derrière la symphyse, admet le doigt. Le Douglas est rempli par une tumeur qui est unie intimement au col. Hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION XX.

(G. SCHICKELE, *Paris Médical*, 21 juin 1924, p. 576.)

Fibrome développé exclusivement dans la paroi postérieure de l'utérus, remplissant le Douglas et refoulant le col vers la symphyse. Le fibrome abordait le plancher pelvien. Depuis quatre semaines, la femme ne pouvait plus uriner. Presque journellement, son médecin était venu la sonder. Cystite caractéristique.

A l'intervention, on trouva des adhérences avec le misosigmoïde.

OBSERVATION XXI (Résumée).

(VILLAR, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906, p. 153.)

41 ans. Le seul trouble urinaire accusé par la malade depuis un an est une rétention d'urine de quatre jours.

A l'examen de la malade, on sent une tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance élastique, mate à la percussion et qu'il est impossible de mobiliser. Au toucher, on sent une saillie volumineuse, emplissant tout le vagin surtout à droite, de consistance élastique non douloureuse. Il est impossible de sentir le col. Par le palper bimanuel, il est impossible de mobiliser la tumeur qui paraît fortement enclavée dans le petit bassin. Le spéculum ne donne aucun renseignement particulier. On ne peut voir le col. Cette tumeur ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel; il existe un peu de pollakiurie.

À l'intervention, très gros fibrome de la face postérieure du

col, enclavé dans le petit bassin et inclus dans le ligament large, surtout à droite. Le corps de l'utérus de volume normal est collé à la partie supéro-latérale gauche de la tumeur. Hystérectomie totale. Suites simples.

OBSERVATION XXII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur POUPELAIN.)

Femme espagnole âgée de 66 ans, ménopausée depuis très longtemps, environ une dizaine d'années, qui présente des troubles vésicaux consistant surtout en envies fréquentes d'uriner. Ces mictions sont pénibles et douloureuses. Ces troubles surviennent par crises qui durent quatre à cinq jours; dans leur intervalle, rien d'anormal. Un premier examen fait à Madrid ne trouve rien; on l'envoie alors à Paris en consultation.

A Paris, examen complet de la malade, tant au point de vue urinaire que gynécologique. Une cystoscopie est faite et révèle seulement un peu de congestion de la muqueuse vésicale. Le médecin consultant songe à des crises par élimination de cristaux de sels irritant la muqueuse et envoie la malade faire une cure à Contrexéville.

A Contrexéville, des analyses d'urine complètes, au point de vue chimique et bactériologique sont faites, mais elles ne montrent aucune anomalie.

Le Docteur Poupelain, sur le résultat négatif de toutes ces recherches, fait une radiographie de la région pelvienne de la malade et trouve un fibrome calcifié, siégeant sans doute sur la face antérieure de l'utérus et du volume d'une petite mandarine. On conseille alors à la malade qui rentre chez elle de se faire opérer si les troubles augmentaient de fréquence et d'importance

CONCLUSIONS

I. — Les troubles urinaires d'origine vésicale sont fréquents au cours de l'évolution des fibromes utérins. Ces troubles peuvent constituer la seule symptomatologie, et prennent alors une valeur séméiologique importante.

II. — La pathogénie de ces troubles vésicaux est souvent mixte. Parmi les causes mécaniques nous retiendrons la compression et l'étirement de l'urètre. La compression de l'urètre est, soit directe pour les fibromes de la face antérieure du col, soit indirecte, par l'intermédiaire du col, pour les fibromes de la face postérieure de l'utérus (col et corps). L'étirement de l'urètre est dû : tantôt à la traction déterminée par un énorme fibrome intra-abdominal; tantôt à ce que l'utérus est refoulé en masse en haut et en avant par un fibrome postérieur; tantôt, enfin, l'étirement est causé par une bascule de l'utérus porteur du fibrome.

À ces causes mécaniques s'ajoute, et souvent de façon prédominante, la congestion pelvienne.

III. — Les symptômes sont de deux espèces : a) la vessie ne retient pas ou retient mal l'urine : pollakiurie et incontinence; b) la vessie ne se vide pas ou se vide mal : rétention incomplète ou complète avec ou sans distension vésicale.

IV. — Les troubles de rétention, de beaucoup les plus fréquents (2 p. 100 environ des complications des fibromes utérins), provoquent le plus souvent la cystite, les hématuries, les perforations de la vessie. Enfin ils peuvent être le point de

départ des lésions rénales graves et déclencher une urémie post-opératoire.

V. — La cystoscopie, souvent difficile à employer, peut donner des indications très intéressantes au point de vue du diagnostic.

VI. — Il n'y a qu'un traitement vraiment curatif, c'est le traitement chirurgical, qui doit toujours être précédé de certaines recherches cliniques et de laboratoire pour dépister le retentissement que les troubles vésicaux peuvent avoir sur le rein.

VU, POUR LE DOYEN :

L'assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTO et CASTANO (C.). — Incontinencia de orina y fibroma utérino. *Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 12, 642-646, 10 oct. 1928.
- BARBIN. — Des rétentions d'urine chez la femme. Thèse Paris, 1901.
- BARBOUR. — Fibroid uterus retroversed and impacted with marked displacement of the bladder. *Tr. Edinb. Obst. Soc.*, 1912-1913, 38, 135.
- BARNES. — Clinical Lectures on affections of the bladder in their relation to uterine and peri-uterine diseases. *Lancet*, 1875. vol. I, p. 5.
- BÉGOUIN. — Congrès français de Chirurgie 1924, 33^e session. — Discussion sur les indications de la chirurgie dans les fibromes, p. 468.
- BEULE (DE). — Note concernant les fibromes utérins rétro et paravésicaux. *Journ. de Chir. et Ann. Soc. belge de Chir.*, Bruxelles, 1908, 8, 364.
- BÉRARD et MURARD. — *Lyon médical*, 1911, t. CXVII, p. 538.
- BERNE-LAGARDE (DE). — Ne ponctionnez plus la vessie. *L'Hôpital*, 1923, n° 104.
- BERTHOLD GOLDBERG. — Beiträge zur kenntniss der nervösen Blasenkrankungen. *Deutsche med. Woch.*, 1907, n° 35, p. 1410.
- BOURSIER. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 févr. 1902.
- BOUVIER. — Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. Thèse Bordeaux, 1900-1901.
- BRIN. — Des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes. *Arch. méd. d'Angers*, 1905, p. 321.
- CAILLAUD. — *Bull. de la Société anat.*, 1911, p. 595.

CAPECCHI. — Ritenzione urinaria acuta completa e contemporaneo parto di un voluminoso fibromioma. *Clin. obst.*, 30, 654-660, sept. 1928.

CHALIER. — *Lyon médical*, 1914, t. CXXII, p. 595.

— *Soc. de chir. de Lyon*, 18 nov. 1926.

CLARK (John G.) et KEENE (Floyd E.). — Relations entre les organes urinaires et les maladies des organes pelviens chez la femme. *Surgery Gynecol. and obstetrics*, janv. 1914, p. 40.

CONDAMIN. — *Lyon médical*, 1893, t. LXXIV, p. 407.

COUVELAIRE. — *C. R. de la Soc. d'obst., de gynéc. et de péd. de Paris*, 14 mars 1910. (Discussion.)

CULMEN. — La rétention d'urine chez la femme. *Prensa medica Argentina*, janv. 1923, p. 702.

DACHEUX. — La vessie irritable chez la femme. Thèse Paris, 1894.

DELBET (Paul). — Des modifications apportées à la forme et au fonctionnement de la vessie par les divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. *Paris chirurgical*, 1922, n° 8.

DELBET (Pierre). — Allongement hypertrophique du col de l'utérus et rétention d'urine. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1894, p. 189.

DELEUZE. — Contribution à l'étude des ruptures et perforations de la vessie. Thèse Lyon, 1901-1902.

DELMAS (Paul). — *Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, févr. 1913.

DIONET. — Contribution à l'étude des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes utérins. Thèse Lyon, 1913-1914.

DIXON. — Uterus Fibroma-Therapy-Analysis of 318 cases. *J. M. A. Alabama*, 1, 233-236, déc. 1931.

ESCAT. — *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*, Paris, 1897, p. 144.

FAURE (J.-L.). — *C. R. de la Soc. de gén., d'obst. et de péd.*, 1906, p. 143. (Discussion.)

FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, 4^e éd., 1928, p. 510 et 1008.

- FLITWOOD CHURCHILL et LEBLOND (A.). — Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, t. I, Paris, Baillière, 1881.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916, p. 275.
- GALABIN. — *Transact. of the Obstetric Soc. of London*, 1904, t. XLV, p. 175.
- GARY. — Société de méd. et de chir. pratique de Montpellier, 21 déc. 1892.
- GAUDICHON. — Les tumeurs bénignes et malignes de la paroi antérieure du vagin. Thèse Bordeaux, 1920-1921.
- GILLETTE. — Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens. *Journ. de l'anat.*, 1869, Paris.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Cystites membraneuses. organes des maladies des organes génito-urinaires, 1887, p. 385.
- GUYON et ALBANAN. — Anatomie et Physiologie pathologique de la rétention d'urine. *Arch. de méd. expériment.*, 1890, p. 181.
- GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse agrégation, 1860.
- GUYOT. — Les méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie. *Rev. française de gynéc. et d'obst.*, 23, 689-711, déc. 1928, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 59, 102-110, 10 févr. 1929.
- GUYOT et CLAQUÉ. — Fibrome de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, 1. 49.
- GUYOT et JEANNENEY. — Fibrome utérin et rétention d'urine. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913, XLIII, 171.
- HARDIE (J. R.). — On a cause of retention of urine in fibrous tumour of the uterus with cases. *Edinb. M. J.*, 1874, 11, 581-585.
- HAREL. — Des fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1919.
- HARTMANN. — Les hématuries dans les fibromes utérins. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1901, t. LVI, p. 192.

- Des névralgies vésicales, 1889.
- KYSTES HYDROMES PELVIENS et rétentions d'urine. Trav. de chirurgie, 2^e série, Paris, 1904, p. 251.
- HARTMANN et BONNET. — Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 12 nov. 1923, p. 463-467, in extenso dans *Gyn. et Obst.*, 1924, t. IX, n° 2, p. 173 à 183.
- HARTMAN. — A clinical and anatomical study of thirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. *The Edinburgh Medic. Journ.*, 1907.
- JACOBS. — *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1889, t. X, p. 249.
- La vessie irritable chez la femme. *Polyclinique*, Bruxelles, 1896.
- KELLER. — Enclavement intermittent des tumeurs pelviennes. *La Gynécologie*, 1923, p. 412.
- KELLEY et CULLEN. — Myomata of the uterus. Philadelphie, 1909, p. 376.
- KOLISCHER. — Clinical relations of the female bladder to the other organs. *The urologic and cutaneous Review*, avril 1920, p. 185.
- LAWRY et TIMPER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Rapport du troisième Congrès de chirurgie, Paris, 1924.
- LAWRENCE. — *Medical Times and Gazette London*, 1878.
- *The obst. J. of Great Britain*, 1880, t. VIII, p. 240.
- LE FILIATRE. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1913, p. 434.
- LEGAL-LASSALLE. — Des fibromes du col de l'utérus. Thèse Paris, 1913-1914.
- LEGUEU. — *Traité chir. d'urol.*, 1921, p. 275, 294, 365, 386.
- Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. *Ann. des maladies génito-urinaires*, Paris, juill. 1897, p. 681.
- Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. *Journ. d'urologie*, 1912, p. 33.
- LEUCS. — Notes sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *C. R. de la gyn. et de péd.*, 1906, p. 142.

- LE LORIER. — Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 12 nov. 1923. (Discussion.)
- LOURBAT et MANGÉ. — Hématurie vésicale, complication de fibrome utérin. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Bordeaux, 1923, p. 543.
- LOUVEAU. — Fibrome simulant une tumeur de la vessie. *Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, janv. 1901, t. XIII, p. L.
- MADON et GUIBAL. — Rétention d'urine par fibrome utérin à symptomatologie atypique. *Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 11 janv. 1924.
- MARTIN. — *C. R. de la Soc. de Gyn., d'obst. et de péd.*, 1906, p. 143. (Discussion.)
- MAUCLAIRE. — Fibrome utérin rétro-cervical enlevé par énucléation après hémisection totale du corps utérin. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1902, p. 319.
- MAXWELL (J. P.) et LEE (S. W.). — Cervical fibroids invading vesico-vaginal Septum. *Journ. obst. et gynéc. Brit. Emp.*, 35, 514-521, 1928.
- MINET. — Diagnostic des tumeurs prévésicales. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*, 1903, p. 64.
- METZGER. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 12 nov. 1923. (Discussion.)
- MICHON. — Rétention d'urine incomplète et pollakiurie. Myomectomie abdominale. Guérison. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*, 1898, p. 823.
- MINVIELLE. — Les troubles de la miction dans les fibromes de l'utérus. Thèse Paris, 1909-1910.
- MOCK (Jack) et DORE. — De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères en gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.
- MOURGUES, MOLINES et FAYOT. — Fibrome du col de l'utérus à rétention d'urine. *Arch. Soc. d. Sc. méd. et biol. de Montpellier*, 10, 38-43, janv. 1929.
- MURET. — *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, 1898, p. 207.
- NEATBY. — Urinary disturbances associated with utérine fibroids. *Brit. Homéop. Rev. London*, 1910, IV, 125-132.

- NICOLSKY. — Evolution et complication des fibromes utérins. Thèse Paris, 1922-1923.
- OLIVIER. — Fibro-myxomatous tumors of the uterus producing bladder symptoms. *Hospital*, London, 1894, XVI, 445.
- PATEL. — Fibrome de la face postérieure du vagin. Société de chirurgie de Lyon, 6 févr. 1922.
- POUSSON. — Incontinence d'urine chez une femme atteinte d'un fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin. *Journ. d'urol.*, 1920, t. X, p. 57.
- POZZI. — La myomectomie abdominale. *Presse médicale*, 1908, p. 57.
- Traité de gynécologie, 4^e éd., p. 352.
- RABÈRE. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1911, p. 812.
- RAZETTI. — Retención de orina por utero fibromatoso y gravido en rétroflexo version. *Rev. Sud Am. de méd. et de chir.* 2, 933, 936, sept. 1931. *Semana med.*, 1, 245-246, 22 janv. 1931.
- REED (Ch.). — The etiology of the ischiura in rétroflexion of the gravid uterus. *American Journal of Obstétris*, 1904, p. 145.
- ROCHE. — Uterus fibromateux avec troubles urinaires. *Bull. Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 1902, 23, 243.
- ROCHET. — Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs ayant comprimé les uretères et déterminé les lésions rénales. *Gaz. des Hôp.*, 1897, n° 147.
- RONDOT. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 273.
- ROUFFART. — Quelques indications du traitement opératoire des fibromes utérins. *Gyn. et obst.*, 1924, t. X, p. 410.
- SCHAUTA. — Rétrovésicale cervicalmyome. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905, nos 1 à 12.
- SCHICKELE. — Klinische und Topographisch anatomische Studien über Cervix myome. *Zeitschr. für Geburtsch. und Gynäk.*, 1914, t. LXXIV, p. 684.
- Quels sont les fibromes qu'il faut opérer? *Paris médical*, 21 juin 1924, p. 572.
- SCHMITT. — Situation de la vessie dans les fibromes utérins. *Medical Record*, 1905, LXVIII, 259-261.

- SIREDEY. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 12 nov. 1923. (Discussion.)
- SUTTON. — A topographical and clinical study of fibroids of the neck uterus. *Lancet*, 1904, p. 931.
- TAVERNIER et CHALIER. — Volumineuse rétention d'urine simulant un kyste de l'ovaire tordu et lié à l'existence d'un fibrome latent de l'isthme utérin. *Lyon médical*, t. CXXII, p. 699.
- TEDENAT. — Sur les fibromyomes de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, Lyon, Montpellier, avril 1914.
- THOMAS. — Rétention complète d'urine par un fibrome de la face postérieure de la matrice en rétroflexion. *Soc. d'obst. et de gynéc. de Strasbourg*, 2 févr. 1924.
- TRIBONDANI. — Contributo clinico e anatomico pathologico allo studio dei fibromi cervicali. *Annali di ostetrica e gynecologia*, Milano, p. 533, 1900.
- TRILLAT. — Etude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1907, p. 148.
- VENOT. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes. *Ann. de gynécol.*, 1907, p. 287.
- VILLAR. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, p. 133.
- VINCENT. — *Lyon médical*, 1886, p. 432.
- VIOLET. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. *Lyon médical*, 1909, t. CXII, p. 1130.
- VISHER (J. W.). — Irritable bladder in women. *J. Indiana M. A.*, 23, 368-369, août 1930.
- ZUCKERKANDL. — Ueber eine forme der irritablen Blase beim weibe. *Wiener Mediz. Presse*, 1894, nos 20 et 21, p. 756 et 806.

